

(様式1)

## 香川県福祉サービス第三者評価の結果(障害者・児施設)

◎評価機関

名 称	社会福祉法人香川県社会福祉協議会
所 在 地	高松市番町一丁目10番35号
評価実施期間	平成26年6月25日～平成26年8月28日
評価調査者	① 岡本 隆夫
	② 東川 里美

### 1 福祉サービス事業者情報

#### (1) 事業者の概要

事業所名称:丸亀さんさん荘	種別	障害者支援施設
代表者名: 社会福祉法人 うぶすな会 (管理者) 平井 勇一	開設年月日:	平成10年11月 1日
設置主体: 社会福祉法人うぶすな会 経営主体: 社会福祉法人うぶすな会	利用定員:	生活介護40名 施設入所30名
所在地: 763-0082 〒 丸亀市土器町東四丁目1番地		
連絡先電話番号 0877- 21 - 5533	FAX	0877- 21 - 5534
ホームページアドレス	<a href="http://www.">http://www.</a>	

#### (2) 基本情報

サービス内容(事業内容)	施設の主な行事
施設入所支援・生活介護	4月:花見 5月:ナイスハート 8月:ふれあい祭り 4月・11月:日帰り旅行 12月:クリスマス会
居室概要	居室以外の施設設備の概要
1人部屋(4室) 2人部屋(13室) 短期入所(5室)	食堂-1室 作業室-1室 相談室-1室 浴室-1室 多目的室-2室 医務室-1室 便所-2室 洗面所-2ヶ所 洗濯室-1ヶ所

#### 職員の配置

職種	人数	職種	人数
施設長	1	栄養士	0
副施設長	1	医師(非常勤)	1
事務員	1		
サービス管理責任者	1		
生活支援員	15		
看護師	1		

## 2 評価結果総評(利用者調査結果を含む)

### ◇特に評価の高い点

施設設備に構造的な制約がある中、在宅サービス事業(短期入所、日中一時支援)を拡大して地域の福祉ニーズに応えた。また、利用者の日中活動支援として、外部から音楽療法、生け花、ヨガ、陶芸の講師を招き交流して好評である。その他、利用者の要望の多い活動(散歩、買物外出やレクリエーション等、施設外での活動)の支援に取り組んでいる。今後とも、地域福祉の向上に資するための活動を推進するとともに、地域からも事業所を支援してくれる地域に開かれた事業所運営を期待したい。

### ◇特に改善を求められる点

理念や基本方針は明文化されているが、法人を立ち上げた当初の職員、利用者、家族等の熱き思いによる理念と基本姿勢が、十分に引き継がれていない印象が強い。管理者がその責任とリーダーシップを発揮し、組織運営における中・長期的なビジョンと計画を明確にして利用者本位の福祉サービスが提供されるよう、職員一人ひとりの質の向上と協力体制の構築が望まれる。今一度、『利用者の尊重』の原点に立ち、職員の質の向上を目指した取り組み、サービス内容の定期的な分析と評価、改善のシステムの構築を期待したい。その結果として、利用者から施設での生活が楽しく快適であると評価されることを願いたい。

## 3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回の評価で、不十分な点が多いことがわかりました。今一度、原点に立ち、評価内容に基づき、利用者支援のあり方を構築していきたいと思えます。

## 4 評価分類別評価内容

<p>評価対象 I 1 理念・基本方針</p>	<p>理念や基本方針は策定されているが、施設が目指す方向や基本的姿勢を事務所内に掲示できていない。理念や基本方針が、いつでも、どこでも職員をはじめ利用者、家族、地域等の関係者に理解されるよう、職員会議、職員研修、利用者会、家族会、地域連絡会等において周知したり、ホームページ、広報誌に掲載するなどの工夫が望まれる。</p>
<p>2 計画の策定</p>	<p>策定されている理念や基本方針を具現化するために、利用者、家族をはじめ地域のニーズを踏まえた福祉サービスの提供に向けて、中・長期計画の策定が求められる。将来的には施設の移転構想があり、移転を踏まえた中・長期計画の策定が必要となってくる。現在、中・長期計画は策定されておらず、単年度ごとの事業計画が策定され、事業運営が行われている。中・長期計画の策定は、手順を明確にして組織的に実施できるよう工夫が望まれる。</p>
<p>3 管理者の責任と リーダーシップ</p>	<p>管理者をはじめ各職種の業務分担(事務分掌)を明確にして、職員が協力して業務を遂行する組織体制作りリーダーシップを期待したい。管理者は職員会議などを通じて自分の役割を表明し、サービスの現状や課題について職員から意見や提案が出される仕組みを構築して、事業運営に活かす実践を期待したい。</p>

<p>評価対象Ⅱ 1 経営状況の把握</p>	<p>管理職をはじめ各職種の業務分担(事務分掌)を明確にして、職員が協力して業務を遂行する組織体制が整って十分に機能していると評価し難い。管理職は経営に関する情報収集と把握に努めるとともに、職員会議等を通じて自分の役割を表明し、サービスの現状や課題について職員から意見や提案が出される仕組みを構築して、事業運営に活かすようリーダーとしての実践を期待したい。</p>
<p>2 人材の確保・養成</p>	<p>現在、職員の就業状況は、日勤・遅出・夜勤の交代制勤務になっていて、休暇取得は年次休暇取得の調整による労務管理システムに改善されて、人材の安定確保に繋がっているものの、職員の就労意欲や業務実績を反映した人事考課は導入されていない。今後、職員との個別面談を含めて、人事考課導入の検討が望まれる。また、職員研修の充実や専門資格取得の促進を図り、人材の確保と養成に努められたい。</p>
<p>3 安全管理</p>	<p>利用者への日常の生活支援で、安全管理が優先されていることでヒヤリハットや事故報告はほとんどないが、反面、利用者の生活や行動が規制されやすい側面が認められる。利用者の尊重と安全管理が調和した利用者支援が重要であるが、緊急事態が発生した時の対応事例がないので、「緊急時の対応マニュアル」に沿って訓練を実施し、マニュアル自体の点検を含めて事故発生後の対応、課題の検討を期待したい。</p>
<p>4 地域の交流と連携</p>	<p>従来から連携している養護学校、育成会、社会福祉協議会等との連携に努めるとともに、日常の交流では、地域行事への参加や、施設見学・ボランティアの受入れ等に取り組んでいる。また、地域の福祉ニーズに応じて、短期入所、日中一時支援を拡充して施設の役割の充実に努めている。今後は、地域との関係についての基本的な考え方やボランティアの受入れについて明示し、地域における相談支援活動の充実や地域の一員としての活動を視野に入れた連携も期待したい。</p>
<p>評価対象Ⅲ 1 利用者本位の福祉サービス</p>	<p>利用者尊重、利用者本位の福祉サービスの実現の理念や基本方針が、職員の行動基準に常に反映されて利用者満足に繋がっているか、点検、確認するシステムが確立されていない。観念的には、研修や会議等で「利用者尊重」を理解しているが、プライバシー保護のマニュアルなど整備されていないものがある。また、文書化されているマニュアルの運用面で、実際のサービス提供にうまく連動していない状況が見られる。</p>
<p>2 サービスの質の確保</p>	<p>利用者へのサービスに課題があると認識はありながらも、具体的な課題の共有・分析・改善のシステムが整っていないため、サービスの質の確保が充分と難しい。今回の自己評価、第三者評価の実施を踏まえて、事業所内の各委員会を活用してサービスの質の確保を期待したい。同時にサービスの質の確保に向けて、提供したサービスの実施記録の充実が望まれる。</p>
<p>3 サービスの開始、継続</p>	<p>現在、入所施設に空きがないため、ホームページやビデオによる施設紹介や公共の施設に資料を配付するなどの広報活動は行っていない。特別支援学校や障害者生活支援センターを通して希望者が見学に来所している。希望者には施設の様子を説明し短期入所や日中一時支援を体験してもらっている。サービスの開始時に重要事項説明書を基に説明し、家族や利用者の同意を得て利用契約書を取り交わしている。他の施設へ移動する場合、必要な手続きは支援引き継いでいるが、手順や引継ぎ文書の作成、利用終了後の支援体制は整備していない。施設には、利用者がサービスの選択の際に参考とすることができる情報を提供することが求められており、利用者が自分の希望に沿ったものを選択するための資料となるような利用者の視点に立った取り組みが望まれる。</p>

<p>4 サービス実施 計画の策定</p>	<p>利用者個々のアセスメントは統一した様式により実施し、記録されている。アセスメントにより自動的に課題や問題点が明示され、それを基にサービス管理責任者、担当者により個別支援計画が策定されている。アセスメントと計画策定に関する手順とその見直しについての手順が整備されておらず、年2回のモニタリング、年1回のケア会議が行われているものの、緊急事例に計画が策定されていない等、その機能が十分発揮されていない。個別支援計画を基に実施されるサービスは個別の実施計画書を策定し、サービスの適否を日常的にチェックし、実施計画書通りにサービスが行なわれていることを確認する仕組みを構築し機能することが望まれる。アセスメント、計画の作成、サービスの実施、評価は、部門を横断した関係職員の合議・連携に行われ、かつ利用者家族の意向を把握し、利用者の声にならない思いが計画に反映され、利用者本位の視点に立ったものになることが望まれる。</p>
<p>内容評価基準 1 利用者の尊重</p>	<p>利用者の尊重、人権擁護は明示されているが、今一度「利用者の尊重」の原点に立ち、職員一人ひとりの質の向上と協力体制の構築が望まれる。安全のための規則は管理に繋がりがやすいことを常に意識し、利用者に寄り添い、利用者本位の支援が望まれる。施設全体で利用者の人権の尊重と主体性の尊重という障害者福祉の基本的な考え方の理解に取り組むことを期待したい。</p>
<p>2 日常生活支援</p>	<p>日常生活支援（食事、排泄、入浴、健康管理等）は、サービスごとの基本となる標準的なマニュアル、個別の計画書が策定されておらず、職員がそれぞれの経験に基づき実施している。標準的なマニュアルと利用者個々の状況に配慮した個別の計画書を作成し、職員全員が課題を共有し、同一の支援が実施される体制づくりと、実施した支援を所定の様式に記録することが求められる。また、わかりやすいメニュー表・日課表・月の行事予定等を掲示し、毎日の生活に意欲や楽しみが持てるような工夫が望まれる。利用者の好きな絵や写真、季節を感じるものを活用して丁寧にコミュニケーションをとり、声にならない思いをくみ取る努力を期待したい。トイレ、洗面所など生活の場面では、利用者がわかるような手順書を作成し、自分で行う生活と活動の範囲が広がするような支援を期待したい。</p>

5 第三者評価結果(別添)

### 第三者評価結果(障害者・児施設版(共通))

評価項目	第三者評価結果				
	判定結果			判定の理由	
	a	b	c		
<b>I 福祉サービスの基本方針と組織</b>					
I-1 理念・基本方針					
I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。					
1	I-1-(1)-① 理念が明文化されている。	a	(b)	c	理念は、平成24年度に策定されて明文化されている。今後は、理念を事業計画書や広報誌、パンフレット等に記載するとともに、理念から法人の使命や目指す方向性、考え方を読み取ることができるようさらに工夫が望まれる。
2	I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	(b)	c	理念に基づく基本方針は明文化されており、今後は、理念を実現していくための事業運営の基本的方向性(姿勢)や方針実現に向けての目標や方法を明確にすることを期待したい。
I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。					
3	I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	a	(b)	c	理念や基本方針は明文化されており、今後は、パソコンや掲示板、広報誌、会議等を通じて周知するとともに、日常業務の中で職員に周知し理解を共有するための取り組みが求められる。
4	I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a	(b)	c	理念を策定した際に一度、家族会で周知をした。今後は、利用者会、家族会等の会議や、広報誌、掲示板を通じて、より利用者・家族に理解しやすいような取り組みが望まれる。
I-2 計画の策定					
I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。					
5	I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	a	—	(c)	将来的には、移転構想があるが、利用者、地域のニーズやサービスの分析等の情報収集を踏まえた中・長期計画が策定されていない。
6	I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	a	—	(c)	施設移転が構想の段階にあるため、中・長期的な事業計画としての策定が進んでいないが、利用者、家族、地域のニーズに対応して生活介護(通所型、日中一時及び短期入所)の定員増を実現した。
I-2-(2) 計画が適切に策定されている。					
7	I-2-(2)-① 計画の策定が組織的に行われている。	a	b	(c)	以前は複数の専門委員会を設置して検討し、計画を策定していた時期もあったが、現在は、生活支援委員会や保健給食委員会の中での計画になっている。各委員会の検討内容を組織として検討し、計画を策定することが望まれる。
8	I-2-(2)-② 計画が職員や利用者等に周知されている。	a	(b)	c	利用者への日常生活支援や行事予定は利用者等に配付したり掲示板にて周知はされているものの、周知や理解の方法により配慮や工夫が求められる。
I-3 管理者の責任とリーダーシップ					
I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。					
9	I-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	a	b	(c)	管理者自らが理念や基本方針をどのように実現していくのか、色々な機会を通じて職員に表明するとともに、事業所の組織体制と職員(各職種)の事務分掌を明確にして、管理者の役割と責任を具体的に実践していく姿勢が望まれる。
10	I-3-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取みを行っている。	a	(b)	c	関係機関や団体の研修に参加したり、情報収集をして遵守すべき法令を理解し業務遂行に当たっている。今後は、職員研修等を利用して、職員に適宜フィードバックするシステムの充実を期待したい。
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。					

評価項目	第三者評価結果				
	判定結果			判定の理由	
	a	b	c		
11	I-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している。	a	(b)	c	管理者はサービス向上への課題は認識しているが、組織としてサービスの評価をして、改善のために具体的な取り組みを職員に明示し、リーダーとして指導力を発揮する体制作りを期待したい。
12	I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	a	(b)	c	管理者は事業経営面で人事、財政、運営面での評価基準を認識しているが、業務の効率化に向けての分析や人事面での評価等、必要かつ適正な改善の取り組みが望まれる。
<b>II 組織の運営管理</b>					
II-1 経営状況の把握					
II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。					
13	II-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	a	(b)	c	障害者の高齢化や小規模多機能な福祉サービスの展開をはじめ、地域における需要の動向や利用者家族の要望等に注目している。現在は移転計画のビジョンの段階であるが、移転のための資金の確保が事業経営の課題である。
14	II-1-(1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。	a	(b)	c	経営状況や事業実績は確認できているものの、経営状況を的確に分析して、改善すべき課題を確認し、組織として具体的に改善を推進していくことが望まれる。そのためには改善の手順が職場内に確実に示されて機能する必要がある。
15	II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	a	b	(c)	法人の監事が内部監査をしている。法律で定められている県の指導監査を受けているが、税理士等の専門家による外部監査は実施されていない。
II-2 人材の確保・養成					
II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。					
16	II-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	a	b	(c)	現状維持での人員配置で推移している中、今後は、組織として必要な人材の配置についての基本的な考えや具体的なプランの提示が望まれる。
17	II-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	a	b	(c)	人事考課は実施されていない。人事考課の実施により、職員の就労意欲の喚起や業務実績を反映させる客観的な処遇が望まれる。
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。					
18	II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。	a	(b)	c	職員の就業状況(日勤・遅出・夜勤)と休暇取得の意向(産休・育児休暇・年次休暇等)の調整をして、必要に応じて勤務体制、配置の検討をしている。今後とも職員に個別面接を実施して、改善に向けた取り組みを期待したい。
19	II-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a	(b)	c	福利厚生事業に加入している。また、職員健康診断を実施して、保健指導を支援している。日帰り旅行など、職員の希望を踏まえて福利厚生事業の実施が望まれる。
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。					
20	II-2-(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	a	(b)	c	研修や専門資格取得支援として受講料の法人負担、試験受験日の義務免除をしている。組織の目標としての職員の資質向上に向けて、具体的目標の提示が望まれる。
21	II-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている。	a	b	(c)	事業所として全職員を対象とした職場内研修を実施している。その他に職場外研修参加の実績があるが、研修計画の策定実施は、所属長の意向や個人の希望により対応している。組織として職員個人のキャリアアップのシステムの検討、取り組みが望まれる。
22	II-2-(3)-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	a	b	(c)	研修修了者は報告レポートを提出しているが、職場内での報告発表は実施していない。研修の成果を全職員で共有して業務に反映できるよう、今後の研修計画や実施の取り組みを期待したい。
II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。					

評価項目	第三者評価結果				
	判定結果			判定の理由	
	a	b	c		
23	II-2-(4)-① 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。	a	b	c	実習生の受け入れは積極的に実施して、受け入れに当たっては、学校と連携して学生の指導に努めている。実習生受け入れの基本的な姿勢と体制整備に向けて、実習生受け入れに関するマニュアルの整備が望まれる。
24	II-2-(4)-② 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。	a	b	c	実習担当者を配置し、個別の実習計画を作成して利用者の行動特性や障害の説明、記録の書き方などを指導している。実習のまとめとして、実習生自身の感想や自己評価と職員の評価やアドバイスをを行っている。
II-3 安全管理					
II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。					
25	II-3-(1)-① 緊急時(事故、感染症の発生時など)の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	a	b	c	緊急時のためのマニュアルはあるが、作成後改訂されていないので、緊急事態が発生した時に、職員が迅速に対応して利用者の安全が確保できるか課題である。現在の状況に対応できるか、全職員で課題を分析して、マニュアルの改訂が求められる。
26	II-3-(1)-② 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	a	b	c	日常業務の引継ぎやヒヤリハット、事故報告によりリスクを把握しているが、発生件数がほとんどない。ヒヤリハットや事故を想定しての具体的な行動や対応等を研修で確認するなど、日常の備えが求められる。
II-4 地域との交流と連携					
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。					
27	II-4-(1)-① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	a	b	c	従来から地域交流会や地域主催のスポーツ大会の参加による地域交流はある。地域との関わりについて基本的な考え方を示し、地域に支えられ、地域に貢献できるよう、その実践が望まれる。
28	II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a	b	c	在宅で生活している人への短期入所・日中一時支援を拡充している。地域の活動にどのような支援ができるのか相談支援体制の整備をはじめ、事業所として地域との連携に向けた日常の取り組みを期待したい。
29	II-4-(1)-③ ボランティア受け入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	a	b	c	利用者への支援プログラムとして、音楽療法、生け花、ヨガ、陶芸は外部から講師を招いて利用者支援に繋げている。ボランティア受け入れマニュアルを策定して、地域や学校から体験ボランティアを積極的に受け入れて、地域に開かれた施設としての役割を期待したい。
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。					
30	II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	a	b	c	社会資源について職員会で説明している。関係機関のリストを作成することで、緊急時に職員が活用し、業務に支障が出ないよう対応(最新の情報による作成と保管)が求められる。
31	II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	b	c	関係機関と定期的にケース検討会を開催して、情報を共有し課題を協議している。年度当初の事業計画に反映させるとともに、関係機関との連携に向けて地域の自立支援協議会に参加して、具体的な連携を期待したい。
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。					
32	II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	a	b	c	養護学校、育成会、社会福祉協議会と連携しているが、具体的にどのような連携と方法で福祉ニーズを把握していくのか検討するとともに、福祉ニーズの情報を職員会で報告し、理解を促す取り組みを期待したい。
33	II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	a	b	c	在宅で生活している人への短期入所・日中一時支援を拡充したが、相談支援体制を整備して事業所としてタイムリーな支援ができることを期待したい。また、非常災害時における地域支援としての備えや対応を検討されたい。
<b>III 適切な福祉サービスの実施</b>					
III-1 利用者本位の福祉サービス					
III-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。					

評価項目	第三者評価結果				
	判定結果			判定の理由	
	a	b	c		
34	Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。	a	b	c	利用者尊重の福祉サービスの提供に向けて、職員一人ひとりが利用者尊重を意識した支援やサービス提供ができていないかサービスの現状や実施方法を確認する中で、共通の理解と取り組みを期待したい。
35	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	a	b	c	利用者のプライバシー保護に関するマニュアルが整備されていないため、職員個人のモラル、判断による尊重に頼っている。マニュアルの整備とともに、利用者がプライベートに落ち着ける空間の確保や環境整備が望まれる。
	Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。				
36	Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。	a	b	c	利用者会、職員会などを通じて利用者の日常生活(起床から就寝における日課)や行事、レクリエーション、外出など、日常生活の満足度を利用者に応じた方法で把握する仕組みを整備して、定期的な把握が望まれる。
37	Ⅲ-1-(2)-② 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	a	b	c	施設での日課や行事(ショッピング・日帰り旅行等)を含め、利用者の日常生活の満足の向上に努めているが、利用者への支援が、利用者に応じた方法で提供され、利用者が満足できているかの把握と確認が望まれる。
	Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。				
38	Ⅲ-1-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	a	b	c	重要事項説明書に記載されている「施設サービスの内容」を利用者・家族が理解し、相談しやすい環境整備を進めることが望まれる。「施設サービスの内容や方法」を分かりやすい場所に、利用者が理解しやすい内容や方法での掲示が望まれる。
39	Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	a	b	c	重要事項説明書に記載されている「苦情など申立書」を利用者・家族が理解し、苦情解決の仕組みを理解しやすい環境整備が望まれる。苦情解決を進める立場の責任者、担当、第三者委員間の連携や情報交換が望まれる。
40	Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a	b	c	利用者からの意見などに対する対応マニュアルは整備されていない。利用者、家族からの意見や要望は、担当者からの報告で確認されているものの、迅速にフィードバックして利用者、家族への支援に繋げることを期待したい。
	Ⅲ-2 サービスの質の確保				
	Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている。				
41	Ⅲ-2-(1)-① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	a	b	c	サービス内容に課題があるとの認識があるものの、組織として具体的な課題の共有・分析・改善のシステムが整っていない。具体的な取り組みとして「サービス内容の自己評価」と「課題改善に向けてのシステムの構築」が望まれる。
42	Ⅲ-2-(1)-② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。	a	b	c	サービス内容について自己評価や第三者評価の結果により、組織として取り組むべき課題が明確にされるので、課題の共有と分析が望まれる。
43	Ⅲ-2-(1)-③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	a	b	c	組織として課題の認識はありながらも、組織として自己評価の体制が整備されていないため、具体的改善に至っていない。第三者評価の実施を踏まえて、改善計画を立てて改善に取り組むことを期待したい。
	Ⅲ-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。				
44	Ⅲ-2-(2)-① 個々のサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	a	b	c	サービス提供のシステムとして事故対応、防災、衛生管理、感染防止入浴介助マニュアルがあり、生活支援委員会、保健給食委員会、職員会議等を通じて個々のサービスに反映させているが、標準的な実施方法の文書化が不十分である。
45	Ⅲ-2-(2)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	a	b	c	日常の利用者支援は、サービス管理責任者・利用者担当職員・利用者の三者の調整によりフィードバックしている。組織的には生活支援委員会、保健給食委員会、職員会等で検討されるが、標準的な実施方法の見直しはできていない。
	Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。				



評価項目	第三者評価結果			
	判定結果			判定の理由
	a	b	c	
46 III-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	a	(b)	c	利用者サービスの実施状況は、業務日誌、ケース記録、月のまとめ個別支援実施記録として記録されて、施設長確認がされている。サービスの計画・実施・評価の一貫した記録の工夫が望まれる。
47 III-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a	(b)	c	記録の管理方法の取り決め(手順書)は作成されていない。記録は退所後、5年間保存している。パソコンに入力した個人情報管理規定を含めて、管理方法の手順書の作成が求められる。
48 III-2-(3)-③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	a	(b)	c	利用者の状況(アセスメント・支援計画・生活支援評価)は、記録されている。日常の利用者の状況は、職員会、各種委員会を通じて情報共有しているが、記録の状況が項目に偏りがちで、十分な情報共有の手段となっていない。
III-3 サービスの開始・継続				
III-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。				
49 III-3-(1)-① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	a	b	(c)	資料は施設に備えており、希望者の見学は受け入れている。利用希望者は日中一時支援や短期入所を体験できる。施設紹介の資料は理念や方針、サービスの内容、1日の活動の様子が具体的に示され、誰にでも分かる内容となるような工夫が望まれる。また、より積極的に情報提供を行い、多数の人が資料を手にすることができるような取り組みに期待したい。
50 III-3-(1)-② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	a	(b)	c	サービス開始時は重要事項説明書を説明し、同意を得て契約している。同意を得るまでの過程は面接記録として書面に残されている。他の施設等が望ましいと思われる時は関係機関と連携しながら利用者に適した施設を紹介している。重要事項説明書や契約書は誰にでも分かるように工夫や配慮が望まれる。
III-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。				
51 III-3-(2)-① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a	(b)	c	地域移行は現実的な問題として難しいと感じており、地域移行の手順や引継文書は用意されていない。病気、入院等に伴う事業所変更の場合は必要な手続きと引継ぎは行われているが、文書に記録されていない。家族からの相談に対処しているが、相談窓口を設置するなど、積極的にサービスの継続性に配慮した取り組みを期待したい。
III-4 サービス実施計画の策定				
III-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。				
52 III-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a	(b)	c	アセスメントは事前に本人、保護者より聞き取り、所定の様式に沿って行い記録している。計画的に正確なアセスメントを行うためにその手順と方法、また定期的見直しの時期と手順の整備が望まれる。
53 III-4-(1)-② 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	a	b	(c)	個別支援計画に基づいた個別のサービス場面ごとのマニュアルや実施計画書は作成されていない。アセスメントを基にサービスの場面ごとに個別具体的なニーズや課題の明示と、課題解決に向けた具体的な対応策が明示された個別のマニュアルの整備が望まれる。経験則に基づき実施されている支援を分析して文書化し、職員全員で共有し、支援の質の向上に繋がることを期待したい。
III-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。				
54 III-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	a	(b)	c	サービス管理責任者を設置している。家族、利用者の意向を把握してサービス管理責任者と担当者で個別支援計画が策定されている。計画策定の手順は定められていない。計画策定の手順を整備し、関係職員が合議・連携して、サービスの適否を日常的にチェックし計画通りにサービスが行われていることを確認する仕組みの構築が望まれる。
55 III-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a	(b)	c	サービス実施計画書の見直しは6か月に1回、サービス管理責任者と担当者で行なわれている。評価・見直しについては利用者本位の視点に立ち、時期、意向把握や同意の手順、検討会議の開催等、組織としての仕組みが構築されることが望まれる。

### 第三者評価結果(障害者・児施設版(内容))

評価項目	第三者評価結果				
	判定結果			判定の理由	
	a	b	c		
<b>A-1 利用者の尊重</b>					
1-(1) 利用者の尊重					
1	A-1-(1)-① コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	a	(b)	c	利用者とのコミュニケーションは簡単な指文字やジェスチャー、筆談(単語のメモ程度)を交えて行い、その人固有のサインも受けとめている。コミュニケーション能力を高めるための個別支援計画を策定し、コミュニケーション機器の利用や多職種との連携を積極的に行い、コミュニケーション手段を確保するための努力と工夫を望みます。
2	A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	a	b	(c)	2か月に1回利用者の会を開催している。行事予定表(職員と同じもの)を配付し読み上げ、同時に利用者の意見を聞いている。自分からの意思表示や主体的な活動が少ない利用者もいることもあり、意見は日常生活上の希望となっている。利用者の意思を尊重した主体的な活動を支援する工夫が望まれ、活動場所の確保のために食堂等の解放や規則の在り方について再考が望まれる。
3	A-1-(1)-③ 利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	a	b	(c)	問題に気づいたら、朝礼時・終礼時に提案・検討し、事例により施設長、サービス管理責任者、個々の担当者が対応している。職員会議でも確認しているが同一の支援が実施されていない。利用者が自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援体制を整備し、同一の支援が実施されることが望まれる。早出の職員が不在のため朝の洗面・更衣・朝食の支援が心配され、職員の勤務体制を検討し、利用者の主体性が尊重された支援を期待したい。
4	A-1-(1)-④ 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。	a	b	(c)	入所施設で障害支援区分の高い方や高齢の方も多く、地域移行には消極的で社会生活力を高めるプログラムは用意されていない。潤いと楽しみのある時間を提供するため、生け花教室、絵画教室、音楽教室の活動を支援している。それらの活動がエンパワメントにつながる工夫を期待したい。
<b>A-2 日常生活支援</b>					
2-(1) 食事					
5	A-2-(1)-① サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。	a	(b)	c	ごはんの量、食事形態、スプーン利用等はプラスチックの札に明記し、それをお膳に置き確認している。個別には体調不良時のおかゆ、副菜はあら刻み・刻み・ミキサー食で対応し、糖尿病食はごはんの量で調節するなど、配慮している。食事の介助等、支援方法に関して標準的なマニュアルを用意するとともに、個別の支援が必要な利用者についても、状態に応じた留意点や支援の内容を明示することが望まれる。
6	A-2-(1)-② 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	a	(b)	c	食事は業者に委託しており量、献立とも業者の管理栄養士が決めている。月1回選択メニューを実施し利用者が選び、毎月の誕生会ではおやつにケーキが提供されている。調味料は用意されていないが、彩りよく、おいしそうに盛り付けられ、適温のものが提供されている。アンケートを年1回実施している。施設で提供される飲み物はお茶だけで、おやつは紙パックの牛乳か乳飲料のみとなっており、嗜好品全体について検討されることを期待したい。食器は統一されているため、大きさ、形状など利用者に応じた食べやすい食器の検討、誰にでもわかるメニュー表の工夫、利用者の希望がメニューに反映される取り組みが望まれる。

評価項目	第三者評価結果			
	判定結果			判定の理由
	a	b	c	
7 A-2-(1)-③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	a	b	c	食堂は地域交流室と一体で利用し、明るく広い空間になっている。テーブル間も広く、車いすでも安全に移動ができ、椅子は利用者に応じて肘掛のついた物を使用するなどの配慮をしている。テーブルに名前と薬の有無がテープで示され指定席になっている。それに沿って、できる利用者が配膳を手伝っている。一部の利用者の席は壁に向かってテーブルがセットされ、壁に向かって一人で食事をしている。安全を考えて、時間差で食事をとっているが、結果的に食堂に入れない利用者の方が多く、食事を前に待たされた状態になっている。給茶器が整備されているが、食堂は3回の食事時間以外は特別な場合を除き鍵がかけられており、決められた時間以外はお茶やお水が飲めなくなっている。日中活動の場、食後のくつろぎの場などの確保のため、食堂の有効利用が望まれる。利用者の食事に対する思いを尊重し、食事を待つ利用者の支援方法の検討、壁に向かって席の検討が望まれる。
2-(2) 入浴				
8 A-2-(2)-① 入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	a	b	c	同性介助で3人の支援員を配置し実施されている。入浴介助マニュアルはあるが、改訂されていない。個別の健康状態や介助等の留意事項について明示した具体的な方法・手順が示されたものはなく、職員が各々の経験で介助している。安全面やプライバシー保護を考慮した標準的なマニュアルの整備と利用者の個人的事情に十分配慮した個別の支援計画を整備し、同一の支援が実施されることが望まれる。入浴支援時は健康管理の意識を持って、皮膚の状態・あざ・傷の有無等、全身状態を観察し、外用薬の使用も含め、所定の様式により記録することが望まれる。
9 A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a	b	c	平日の14時30分～16時30分で毎日実施し、ほとんどの人が入浴している。必要な人には入浴後に外用薬が塗布されている。休日が続く時は3日目に実施している。遅れた時、汚染時などは時間外でも個別浴やシャワー浴を実施している。時間帯はできるだけ利用者の希望に沿うようにし、拒否する人は時間を置いて再度声かけしているが無理強いはしていない。短時間に入浴するため、広さの関係もあり、ゆっくりと入浴できないとの声がある。
10 A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a	—	c	風呂場は1か所で、男女交代で1時間づつ使用している。浴室には大浴槽と個別浴が2つあり、洗い場も広く安全に入浴できている。脱衣場は廊下に面しており、利用者のプライバシーを保護する工夫や、その広さが十分ではなく、接触することがあり事故防止の対策、また、冷暖房の設備はあるが、より快適な環境を確保する工夫等が望まれる。そして、それらが確実に実施される体制づくりが望まれる。
2-(3) 排泄				
11 A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	a	—	c	自立・定時誘導・おむつの人と利用者の状態に合わせて支援している。標準的な排泄介助マニュアル、個人的事情・健康状態に配慮した個別の支援計画書、排泄用具等のマニュアルは整備されておらず、職員が各々の経験で介助している。利用者は何らかの介助が必要な人が多く、各種のマニュアルを整備し、職員間で情報を共有し同一の適切な支援が実施されること、介助の結果は所定の様式を作成し、丁寧な記録の整備が望まれる。排泄介助においては利用者の尊厳を傷つけることなく、プライバシーと安全に配慮して実施されることを期待したい。
12 A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	a	—	c	週1回、同じ法人内の他施設から作業として清掃作業を実施している他、毎朝と汚れに気づいた時、随時清掃している。匂いもなく明るく清潔なトイレである。男女それぞれにトイレ、身障用トイレが整備されている。窓、冷暖房の設備はなく、換気扇、センサーライト、ウォッシュレットが整備されている。身障用トイレは、廊下に面し車いすでも利用しやすく、手すりが設置され広く、介助を受けながらも安全に利用できる。掃除道具、薬品等は別の場所に一括管理されている。トイレの手洗いは洗面所と兼用になっている。掃除が行き届き清潔であるが、歯ブラシ、歯磨きチューブ、櫛、コップ等が一括管理され、日常の生活用品が手元にない。利用者の立場に立って、トイレ、洗面所の環境の改善を検討することが望まれる。
2-(4) 衣服				

評価項目	第三者評価結果			
	判定結果			判定の理由
	a	b	c	
13 A-2-(4)-① 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	a	b	c	全員入浴後に着替えている。ほとんどの人が自分で選んでいるが一部施設で管理している人もいる。衣類は定期的に入れ替え季節の変化に対応している。重ね着し過ぎる人には適切な衣類になるよう支援している。購入の際は外出時に職員が付添い、買い物支援し利用者が選んでいる。
14 A-2-(4)-② 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。	a	b	c	入浴後だけでなく破損や汚れに気づいた時、随時着替えてもらっている。職員が全員の衣類を洗濯し、破損がある時は家族に連絡し、(程度にもよるが)可能なものは補修している。支援方法は職員個々によって異なるよう、汚れや破損が生じた場合のマニュアルの整備が望まれる。
15 A-2-(5)-① 利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	a	b	c	月1回、資格を持った保護者が訪問し低額でカットしている。パーマを希望する人はいないが、毛染めを希望する人はいる。爪切りは施設で預かり、月1回支援員が切っている。髭剃りは毎朝夜勤者が支援している。化粧をしている人はいないが、部屋でローションを使用している人が数人いる。
16 A-2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	a	—	c	美容院を希望する人は向かいの美容院を利用している。職員が送迎しているが、美容院の人が送ってくれる時もある。
2-(6) 睡眠				
17 A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	a	—	c	タオル・毛布類は私物で、それ以外の寝具はレンタルである。遮光カーテンや定期的なシーツ交換等、安眠できるよう対応している。就寝時、一部の女性はパジャマに着替えている。21時消灯で、テレビの音や壁を蹴る音の苦情がある時は、希望に沿うよう部屋を変更して対応している。夜間の利用者に対応するマニュアルは整備されていない。夜間の個別支援は業務日誌に記録されているが、排泄介助の記録はなく、マニュアルを整備して統一した様式での支援記録の充実が望まれる。
2-(7) 健康管理				
18 A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	a	—	c	看護師が毎日の体温と高血圧症の人のみ、朝と入浴前に血圧測定し記録している。月1回嘱託医の往診があり、1回4～5人診察を受け、1年に1回全員が受診している。週3回歯科の訪問診療があり、利用者は月に1～2回歯垢除去などの口腔ケアを受けている。朝礼後、廊下でラジオ体操、音楽体操をし、一部の人のみ外へ散歩に出る。インフルエンザの予防接種は全員実施している。標準的な健康管理マニュアル、個人の健康管理票はどちらも整備されていない。標準的な健康管理マニュアルの整備と個人の日常の健康状態、既往症、使用薬物、緊急時の対応、搬送する病院等が記載された個人の健康管理票の整備を望みます。利用者は施設内で過ごす時間が長く、ストレスの蓄積や概日リズムの乱れにより、健康を損ねるリスクが高くなるので、その検討が求められる。
19 A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a	b	c	20分以内でアクセスできる協力医療機関を確保し、連携もとれている。変調時、日中は看護師が、休日、夜間は夜勤者が判断し、迷う時は看護師に相談し対応しているが、日頃から迅速な対応に支障がないか確認が望まれる。緊急時のマニュアルは以前に作られたもので改訂されていない。現状に合ったマニュアルの整備と緊急時の連絡体制、個人の健康管理票の整備を望みます。

評価項目	第三者評価結果			判定の理由
	判定結果			
	a	b	c	
20 A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	a	—	c	使用される薬物は施錠された部屋で利用者ごとに適切に保管されている。服用している薬の情報は表にして職員に配付されている。看護師がその日の服用分のみを小分けして職員に渡し、食事時に1回分ずつ利用者のテーブルに置いている。自分で飲めない利用者には職員が食後の薬を食前に飲ませている。自分で飲んだ人の確認はできていない。内服薬、入浴後使用の外用薬とも使用状況は記録されていない。薬物の取り違えなど事故があった場合のマニュアルは整備されているが、薬物管理のマニュアルは用意されていない。中枢神経系の薬剤が多く処方されており、管理マニュアル(保管から服用・使用確認に至るまで)を整備し、特に食後の内服薬など、処方箋通りの服薬支援の徹底が求められる。また、内服薬・外用薬とも使用状況は所定の様式に従って記録されることが望まれる。
2-(8) 余暇・レクリエーション				
21 A-2-(8)-① 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。	a	b	c	利用者の希望は聞いているが、それを検討し実施する体制が整備されていない。利用者には配慮を持って情報提供し、多くの主体的な希望が出てくるような支援を期待したい。希望を把握し、利用者の企画・立案への参加、地域の社会資源の活用、外部の協力者を受け入れるなどして利用者の希望に沿えるような、施設としての体制づくりが望まれる。
2-(9) 外出・外泊				
22 A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	a	b	c	一人で外出する利用者はおらず、職員か家族との外出となっている。外出についてルールは設けておらず、希望があれば家族と連絡をとり、外出届を提出し外出している。買い物等の外出行事は公用車で職員同伴で実施している。外出時に限らず、不測の事態に備えて、連絡先を明示したカード等の作成が望まれる。
23 A-2-(9)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	a	b	c	外泊は利用者の意思とともに受け入れ、家族と調整して実施しているが、夏・冬の規制が多い。感染症など、やむを得ない時以外は、利用者・家族の意思で決め、家族が迎えに来ている。今後、親族が兄弟姉妹に世代交代していく時に、利用者の希望をどのように調整していくのか課題が想定される。
2-(10) 所持金・預かり金の管理等				
24 A-2-(10)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	a	b	c	自分で管理している利用者はおらず、施設で管理規定を作り管理している。買い物時や必要時に職員が出金し、利用者の希望に沿って支援している。家族に年2回通帳のコピー、領収書を郵送し、ハガキで返事をもらい確認している。小遣い帳を付けるなど、経済的な対応能力を高める支援は実施していない。
25 A-2-(10)-② 新聞・雑誌の講読やテレビ等は利用者の意思や希望に沿って利用できる。	a	—	c	テレビ、ラジオ、新聞、雑誌は個人で所有したり購入したりできる。新聞は個人で取っている人がいるし、施設の物は自由に読むことができる。施設のテレビは2台あり、談話室(夜は9時まで)の1台は利用者が自由に見ることができるが、9時消灯について検討されたい。
26 A-2-(10)-③ 嗜好品(酒、たばこ等)については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意思や希望が尊重されている。	a	—	c	建物内は禁酒、禁煙である。煙草については建物外に喫煙場所を設けている。現在の所、行事の時、外食時も利用者で飲酒、喫煙する人はいないが、希望があれば健康に留意したアドバイスで対応する。